

УДК 616-092:613.25-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Березницкий Я. С., Дука Р. В.

Днепропетровская государственная медицинская академия

В последнее время проблема лечения ожирения становится все более актуальной. Неуклонный рост количества людей с избыточной массой тела отмечается практически во всех экономически развитых странах. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), избыточную массу тела к концу XX века имело около 30% жителей планеты [2, 3, 4]. На сегодняшний день ожирение рассматривается как неинфекционная эпидемия. В США около 60% населения имеет избыточную массу тела, и 27% – ожирение; в странах Западной Европы до 25% населения имеет избыточную массу тела [2, 3, 4]. К сожалению, точных статистических данных по этой проблеме в Украине нет, но учитывая общемировую тенденцию, можно предположить, что в Украине также отмечается рост количества людей с избыточной массой тела. Наличие тесно связанных с ожирением артериальной гипертензии, сахарного диабета и дислипидемии резко снижает качество жизни пациентов, повышает затраты на их лечение и является в большинстве случаев, причиной преждевременной смерти.

Лечение ожирения представляет собой сложную задачу для врача и особенно для пациента. Ожирение рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, что требует от пациента понимания необходимости пожизненного лечения. Существующие на сегодняшний день методики консервативной терапии предусматривают изменение образа жизни и питания, длительную терапию, что для большинства пациентов оказывается трудновыполнимым. Поэтому в 90% случаев консервативная терапия оказывается малоэффективной и при прекращении лечения у пациентов наступает рецидив заболевания.

На сегодняшний день наиболее полный и стойкий эффект позволяют достичь хирургические методы лечения морбидного ожирения [1, 2, 3, 4, 5]. Все бариатрические оперативные вмешательства принято разделять на три основные группы: рестриктивные, мальабсорбтивные и комбинированные [1, 2, 4, 5]. Одной из совре-

менных методик рестриктивных вмешательств является продольная резекция желудка.

Выполнение комбинированных оперативных вмешательств показано пациентам с морбидным ожирением и наличием сопутствующих дислипидемии, инсулинорезистентности и артериальной гипертензии. Одной из эффективных комбинированных методик является билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau. Эта методика позволяет добиться хорошего результата при небольшом количестве осложнений в раннем послеоперационном периоде и обеспечивает высокое качество жизни в отдаленном периоде [2, 3, 4, 5].

Таким образом, освоение и усовершенствование методик бариатрических вмешательств является актуальной задачей хирургов, позволяющей качественно оказывать помощь пациентам с морбидным ожирением.

Цель работы. Оценить возможности хирургического лечения морбидного ожирения, не требующие изменения образа жизни оперированных пациентов.

Объект и методы исследования

За период с 2008 по 2011 гг. выполнены бариатрические оперативные вмешательства у 21 пациента, из которых было 14 женщин и 7 мужчин. Пациенты были в возрасте от 28 до 51 года, индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах от 31,6 до 80 кг/м².

У 13 пациентов с ИМТ > 40 кг/м² выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau, у 2 пациенток с ожирением II ст. и ИМТ от 35 до 39,9 кг/м² было выполнено билиопанкреатическое шунтирование без резекции желудка и у 6 пациентов с ИМТ от 31,6 до 47,7 кг/м² продольная резекция желудка.

Основными жалобами у пациентов с морбидным ожирением были прогрессирующее увеличение массы тела, наличие выраженной одышки при незначительной физической нагрузке, боль в спине и в крупных суставах нижних конечностей.

стей, различной степени выраженности проявления синдрома Пиквика (ночной храп, апноэ, дневная сонливость).

Показанием для выполнения оперативного вмешательства у пациенток с ожирением II ст. было прогрессирующее увеличение массы тела при отсутствии эффекта от других методов лечения (диеты, медикаментозное лечение, установка интрагастральных баллонов). Контролировалась масса тела, показатели углеводного и жирового обмена.

Степень ожирения устанавливалась согласно классификации ВОЗ 1997 г.; ИМТ определялся по формуле:

$$\text{ИМТ, (кг/м}^2\text{)} = \frac{\text{Масса тела, кг}}{(\text{Рост} \times \text{Рост}), \text{ м}^2};$$
 идеальная масса тела определялась по международной таблице Metropolitan Height and Weight Tables, Converted to Metric System 1983 г.; процент потери избыточной массы тела (% EWL) определялась по формуле:
$$\% \text{ EWL} = \frac{(\text{Утерянная масса тела, (кг)})}{(\text{Избыточная масса тела, (кг)})} \times 100\%.$$

Результаты и их обсуждение

Планирование и выбор метода оперативного лечения проводилось хирургом совместно с пациентами. Во время беседы определялась реалистичность ожиданий пациентов, обсуждались преимущества и недостатки каждого вида оперативного вмешательства, предполагаемое снижение массы тела. Обязательным условием для выполнения оперативного вмешательства было желание и возможность пациентов находиться под длительным врачебным контролем в отдаленные сроки после операции. По нашему мнению, обязательным является получение согласия на операцию не только у пациента, но и у близких родственников, особенно в случае с пациентами молодого возраста.

Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование. У 7 пациентов была впервые выявлена артериальная гипертензия, которая обусловила более длительную предоперационную подготовку. Все оперированные составляли группу высокого риска развития тромбоэмболических осложнений, что заставляло во всех случаях проводить неспецифическую и специфическую профилактику тромбоэмболических осложнений. Для неспецифической профилактики использовались компрессионные чулки, для проведения специфической профилактики использовался низкомолекулярный гепарин надропарин натрия (фраксипарин). Во всех случаях проводилась профилактика развития гнойно-септических осложнений с использованием цефалоспоринов II поколения.

У 13 пациентов с ожирением III ст. выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau. Масса тела у этих пациен-

тов находилась в пределах от 100 до 248 кг, ИМТ от 40 до 80 кг/м². Обсуждая технические аспекты операции необходимо отметить, что потребовалось увеличение в размерах операционного стола, изготовление ранорасширителей больших размеров. Для мобилизации большой кривизны желудка и ДПК использовался ультразвуковой скальпель Harmonic (Джонсон & Джонсон), что значительно облегчало выполнение данного этапа операции и сокращало его время. Для пересечения желудка и ДПК использовали линейные сшивающие аппараты Ethicon Proximate с длиной шва 75 мм.

Обсуждая результаты лечения, необходимо отметить, что практически сразу после операции все пациенты данной группы отмечали значительное снижение аппетита. В течение 2 месяцев после операции отмечался жидкий стул до 4 раз в сутки, затем количество сократилось до 1–2 раз в сутки и зависело от качества принимаемой пищи. Все пациенты постоянно принимают поливитамины, комплекс жирорастворимых витаминов, препараты железа и кальция. В течение первого года после операции, в этой группе пациентов, процент потери избыточной массы тела составил от 52 до 87%, средний за первый год % EWL составил 58%. В течение 2 года средний % EWL составил 68%. До операции у 8 пациентов отмечались нарушения углеводного и жирового обмена, что проявлялось гиперинсулином-, гиперхолестерин-, гипертриглицеридемией, повышением уровня лептина и С-пептида. Также отмечалось повышение АД, синдром Пиквика и боль в крупных суставах нижних конечностей. В послеоперационном периоде нормализовались показатели углеводного и жирового обмена, цифры АД, ликвидирован синдром Пиквика, отсутствует боль в нижних конечностях. У 1 пациентки до операции отмечались жалобы на периодическое недержание мочи, которые полностью прошли в течение первого года после операции.

У 2 пациенток с ожирением II ст. было выполнено билиопанкреатическое шунтирование без резекции желудка. Масса тела у этих пациенток составляла 95 и 105 кг, ИМТ 35,3 и 36 кг/м². В этой группе обращает на себя внимание сохранение аппетита на прежнем уровне. Количество актов дефекации напрямую связано с качеством принимаемой пищи, и учитывая сохраненный аппетит, достигает 3–4 раз в сутки. Снижение ИМТ в данной группе происходило медленными темпами, % EWL составил 24 и 71%. Пациентке, у которой % EWL за 2 года составил 24%, вторым этапом выполнена продольная резекция желудка и после второй операции % EWL составил 58%.

У 6 пациентов с массой тела от 95 до 159 кг и ИМТ от 31,6 до 47,7 кг/м² выполнена продольная резекция желудка (в 4 случаях лапароскопическим доступом). Все пациенты отмечают значительное снижение аппетита после операции.

За первые 12 месяцев после операции % EWL в среднем составил 49%.

Выводы

1. Билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess-Marceau позволяет оказывать помощь пациентам с ожирением III ст. и

суперожирением, приводит к значительному снижению массы тела и нормализации жирового и углеводного обмена и в течение 2 лет средний % EWL составляет 68%.

2. Выполнение продольной резекции желудка обеспечивает снижение % EWL 49% в течение первого года после операции.

Литература

1. Егиев В. Н., Рудакова М. Н., Белков Д. С. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением. – М.: МЕДПРАКТИКА, 2004. – 99 с.
2. Лаврик А. С., Тивончук О. С., Лаврик О. А. Результаты хирургического лечения сахарного диабета II типа у больных с морбидным ожирением. // Клиническая хирургия. – 2010. – № 8. – с. 21
3. Седлецкий Ю. И. Современные методы лечения ожирения. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 403 с.
4. Яшков Ю. И., Гастрошунтирование и билиопанкреатическое шунтирование – первые наблюдения и результаты // Материалы III Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». – СПб., 1-2 июля 2004. – с. 53-54.
5. Яшков Ю. И. Этапы развития хирургии ожирения // Вестник хирургии. – 2003. – № 3.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ТЕХНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ПОВЗДОВЖНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКУ ТА БІЛІОПАНКРЕАТИЧНОГО ШУНТУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Виконано баріатричні оперативні втручання у 21 хворого, серед яких було 14 жінок та 7 чоловіків. Хворі були в віці від 28 до 51 року, індекс ваги тіла знаходився від 31,6 до 80 кг/м². У 13 хворих з індексом ваги тіла >40 кг/м² виконана повздовжня резекція шлунку та біліопанкреатичне шунтування у модифікації Hess-Marceau, у 2 пацієнток з індексом ваги тіла від 35 до 39,9 кг/м² було виконано біліопанкреатичне шунтування без резекції шлунку, у 6 пацієнтів з індексом ваги тіла 31,6 до 47,7 кг/м² виконана повздовжня резекція шлунку.

Ключові слова: морбідне ожиріння, хірургічне лікування, біліопанкреатичне шунтування, повздовжня резекція шлунку.

LONG-TERM RESULTS AND TECHNICAL FEATURES OF THE IMPLEMENTATION OF LONGITUDINAL GASTRECTOMY AND BILIOPANCREATIC DIVERSION IN PATIENTS WITH OBESITY

Are executed bariatric operative interventions at 21 patients from whom there were 14 women and 7 men. Patients were at the age from 28 to 51 years, an index of weight of a body (BMI) was in limits from 35 to 80 kg/m². At 13 patients with BMI > 40 kg/m² the resection of a stomach and biliopancreatic diversion in updating Hess-Marceau, at 2 patients with BMI from 35 to 39,9 kg/m² it has been executed biliopancreatic diversion without a stomach resection, at 6 patients with BMI from 31,6 to 47,7,9 kg/m² it has been executed longitudinal gastrectomy.

Keywords: morbid obesity, surgical treatment, biliopancreatic diversion, longitudinal gastrectomy.